

Accident du travail/maladie professionnelle

DÉCLARATION DES DROITS



Workers'
Compensation
Board

À tous les travailleur(euse)s blessé(e)s au travail ou souffrant d'une maladie professionnelle : Vous pourriez avoir droit à des indemnités d'accident du travail

1. Vous pourriez avoir droit à des indemnités pour perte de salaire si votre accident du travail ou votre maladie professionnelle vous empêche de travailler pendant plus de sept jours, vous fait gagner un salaire inférieur ou entraîne une incapacité permanente. Dans le cas des pompiers volontaires et des ambulanciers volontaires, une indemnité pour perte de temps ou perte de capacité de gain peut être versée à partir de la date de l'accident ou de la maladie.
2. Vous avez droit à un traitement médical lié à votre blessure ou maladie et vous devriez le recevoir immédiatement. Vous pouvez consulter n'importe quel prestataire de soins de santé en cas d'urgence. Ensuite, vous devez consulter un prestataire agréé par la Commission des accidents du travail de l'État de New York (Commission) ou vous rendre dans une clinique de médecine du travail. Vous pouvez rechercher un prestataire sur wcb.ny.gov. Ne payez pas directement le prestataire de soins de santé ; il facturera l'assureur des accidents du travail de votre employeur. Si cet assureur dispose d'un réseau de pharmacie ou de diagnostic, vous devez recevoir des services au sein de ces réseaux. L'assureur doit vous informer sur ses réseaux de prestataires obligatoires et sur la manière de les utiliser.
3. Votre employeur est tenu de réparer ou de remplacer toute prothèse (par exemple, membres artificiels, fausses dents, lunettes) qui a été perdue ou endommagée au cours de l'emploi. Vous avez également droit au remboursement des médicaments, des béquilles ou de tout équipement dûment prescrit par votre prestataire, ainsi que des frais de transport et autres dépenses nécessaires pour vous rendre au cabinet de votre prestataire de soins de santé ou à l'hôpital et en revenir. (Veillez à demander des reçus pour toutes ces dépenses.)
4. Votre employeur n'est pas autorisé à vous demander de renoncer à votre droit à l'indemnisation ou à déduire de l'argent de votre salaire pour payer les primes d'assurance contre les accidents du travail. En outre, vous ne pouvez pas être licencié(e) ou faire l'objet de discrimination parce que vous avez déposé une demande d'indemnisation.
5. Vous avez le droit d'être représenté(e) par un avocat ou un représentant agréé, mais n'y êtes pas tenu(e). Si vous engagez un avocat ou un représentant agréé, vous ne devez pas le payer directement. Les honoraires seront fixés par la Commission et déduits de votre indemnité.
6. Si votre demande est contestée au motif que votre blessure ou maladie n'est pas liée au travail ou n'est pas survenue dans l'exercice des fonctions de pompier ou d'ambulancier volontaire, vous pouvez être tenu(e) de couvrir les frais de votre traitement médical. Vous pouvez avoir droit à des prestations d'invalidité pour des blessures non liées au travail. Pour obtenir des renseignements sur les prestations d'invalidité, prenez contact avec la Commission au **(877) 632-4996**.

Remarque : Un retour rapide au travail et un mode de vie actif peuvent vous aider à vous rétablir plus rapidement. Si vous avez besoin d'aide pour retourner au travail, ou pour résoudre des problèmes familiaux ou financiers dus à votre blessure ou maladie, appelez la Commission au **(877) 632-4996** et demandez de l'aide en vue de vous réinsérer sur le plan professionnel ou une assistance sociale.

Pour déposer une demande :

1. Indiquez à votre employeur, par écrit, que vous avez été blessé(e) ou que vous êtes tombé(e) malade en raison de votre travail, dans les 30 jours suivant l'accident ou le début de la maladie.
2. Signalez votre blessure ou maladie à la Commission dès que possible. Pour ce faire, demandez et déposez une **Demande d'employé (formulaire C-3)**. Remarque : Les pompiers volontaires déposent une **Demande de prestations de pompier volontaire (formulaire VF-3)**, tandis que les ambulanciers volontaires déposent une **Demande de prestations d'ambulancier volontaire (formulaire VAW-3)**.

IMPORTANT : Si vous n'informez pas la Commission de votre blessure ou de votre maladie dans les deux ans, vous risquez de perdre votre droit aux prestations.

3. Demandez à votre prestataire de soins de santé d'envoyer des copies des rapports médicaux concernant votre demande à la Commission et à la compagnie d'assurance de votre employeur, aux adresses indiquées au bas du présent formulaire.

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR OBTENIR UN FORMULAIRE DE DEMANDE OU LE REMPLIR, OU SI VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS CONCERNANT UN ACCIDENT OU UNE MALADIE DU TRAVAIL, APPELEZ LE (877) 632-4996. UN REPRÉSENTANT DE LA COMMISSION VOUS AIDERA.

Ces informations présentent de manière simplifiée vos droits en vertu de la loi sur les accidents du travail. Elles sont fournies, comme l'exige l'article 110 de la loi sur les accidents du travail, par la compagnie d'assurance de votre employeur :

PRESCRIT PAR LA PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
Commission des accidents du travail de l'État de New York, Adresse centralisée, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205

WCB.NY.GOV